

УДК 616-089:616-08

**ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ
В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**¹Сергацкий К.И., ¹Никольский В.И., ¹Герасимов А.В.,²Просточенко О.В., ¹Десятова А.В.¹Пензенский государственный университет, Пенза;²Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко, Пенза, e-mail: sergatsky@bk.ru

Актуальность проблемы лечения больных острым парапроктитом обоснована тем, что данная патология является самой частой в практике неотложной хирургической проктологии, и составляет значительную долю в структуре хирургических инфекций в целом. Особую значимость данной проблеме придает и тот факт, что острый парапроктит охватывает преимущественно лиц трудоспособного возраста. Эти моменты отразили необходимость разработки и внедрения принципиально новой и более совершенной хирургической тактики и предполагают сокращение летальности и сроков нетрудоспособности путем оптимизации ведения послеоперационного периода. Наблюдения за больными с тяжелыми формами острого парапроктита на госпитальном этапе, объемная работа по анализу этиологии и особенностей течения парапроктита побудили авторский коллектив пересмотреть принципы применения стандартизированных подходов к лечению данной патологии. В этой связи была организована клиническая апробация метода лечения глубоких гнойных ран на фоне острого парапроктита отрицательным давлением. Использование метода наиболее обосновано в случае острых парапроктитов при наличии массивных, глубоких ран.

Ключевые слова: острый парапроктит, аэробная и анаэробная микрофлора, вакуум-терапия

**POSSIBILITY AND PERSPECTIVE OF VACUUM-THERAPY APPLICATION
IN EMERGENCY SURGERY OF ACUTE PARAPROCTITIS**¹Sergatskiy K.I., ¹Nikolskiy V.I., ¹Gerasimov A.V., ²Prostochenko O.V., ¹Desyatova A.V.¹Penza State University, Penza;²Penza Regional Clinical Hospital n.a. N.N. Burdenko, Penza, e-mail: sergatsky@bk.ru

Actuality of treatment problem of patient with acute paraproctitis is due to this pathology is the most common in emergency coloproctology surgical practice, and is the main part in the range of surgical infections generally. Acute paraproctitis covers predominantly the patients of working age which attaches the special significance to this problem. These moments reflected the necessity of developing and implementation the principally new and more complete surgical tactic, and suggest the decrease of mortality and terms of disability by optimizing the management of postoperative period. Observation of the patients with severe form of acute paraproctitis in hospital, a huge work for analysis of etiology and features of paraproctitis process prompted the authors to review the principles of using the standard approach to this problem management. In this connection the clinical approbation of treatment method of profound purulent wounds against the background of acute paraproctitis by negative pressure has been organized. Application of this method is most justified in case of acute paraproctitis in the presence of massive, profound wounds.

Keywords: acute paraproctitis, aerobic and anaerobic microflora, vacuum therapy

На протяжении всей истории медицины различные аспекты лечения пациентов с гнойной инфекцией оставались актуальными [6]. Так, острый парапроктит (ОП) является самым распространенным заболеванием в практике неотложной хирургической проктологии [1, 3, 5]. В числе острых гнойных поражений аноректальной зоны частота ОП достигает 48% [2, 5]. Вопросы лечения ОП, несмотря на свою большую историю, постоянно обсуждаются в отечественной и иностранной литературе и по-прежнему остаются чрезвычайно актуальными [2, 3, 7, 8]. Заболевание ОП охватывает в основном лиц трудоспособного возраста. Запоздалое обращение больных с запущенными формами ОП за медицинской помощью и нередко неверно выбранная хирургическая тактика зачастую приводят к длительным срокам нетрудоспо-

собности и инвалидности, что диктует необходимость обращения на проблему пристального внимания [4]. ОП, вызванный анаэробной бактериальной флорой, относится к числу жизнеугрожающих состояний. Уровень летальности при анаэробном парапроктите составляет 15–40%, а при генерализации процесса достигает 80% [3, 9, 10]. Несмотря на несомненные успехи в лечении больных ОП, еще многие вопросы, касающиеся ведения данной категории больных, остаются не до конца решенными, что диктует необходимость продолжения исследований по разработке новых высокоэффективных и малотравматичных методов лечения указанной патологии [2, 11].

Цель исследования – клиническая апробация метода лечения глубоких гнойных ран на фоне острого парапроктита отрицательным давлением.

Материалы и методы исследования

На лечении в отделении колопроктологии Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко под нашим наблюдением находилось 489 больных с диагнозом ОП. Из общего количества мужчин было 367 (75%), женщин – 122 (25%). Возраст пациентов колебался от 14 до 83 лет. При этом преобладали пациенты трудоспособного возраста – 84% ($n = 410$). По характеру возбудителя ОП были распределены следующим образом: аэробная флора была причиной развития в 466 (95,3%) случаях ОП; у оставшихся 23 (4,7%) больных причиной ОП были анаэробные микроорганизмы (неклостридиальные).

Традиционно все виды ОП, кроме подкожного и подслизистого, считаем глубокими. Хирургическая тактика при ОП традиционно двухэтапная: первый этап – вскрытие и дренирование гнояника (в экстренном порядке), второй этап – после формирования параректального свища, его иссечение вместе с вовлеченной в процесс криптой (внутренним отверстием свища).

Количество хирургических вмешательств у больных ОП было следующим: 1 хирургическое вмешательство понадобилось большинству больных – 462 (94,5%) случая; 2 оперативных вмешательства выполнено 18 (3,7%) пациентам; 3 хирургических операции проведено 3 (0,6%) больным. Еще в 6 (1,2%) наблюдениях экстренные оперативные вмешательства не проводились в случаях самостоятельного вскрытия параректальной гнойной полости в просвет прямой кишки или на перианальную область на догоспитальном этапе при подкожной или подслизистой локализации перианального абсцесса. В ряде случаев после вскрытия глубоких ОП в послеоперационном периоде первого этапа хирургического лечения (вскрытия и дренирования перианального абсцесса) применен переносной прибор постоянной вакуумной аспирации VivanoTec (Paul Hartman), который состоит из самого аспирационного устройства, контейнера для аспирируемой жидкости из гнойной полости с системой трубок и стерильных расходных материалов. Принцип работы устройства состоит в том, что оно создает контролируемое отрицательное давление в диапазоне от 40 до 150 мм рт.ст., применяемое на раневую поверхность в постоянном и прерывистом режимах.

По принятой стратегии с включением в комплекс лечения промежностных ран после вскрытия

ОП глубокой локализации метода вакуум-аспирации пролечено 7 (1,4%) пациентов. В 4 случаях вакуум-терапия использована при ишиоректальной локализации перианального абсцесса и в 3 наблюдениях при пельвиоректальном ОП. Необходимо отметить, что во всех случаях вакуум-аспирация была применена при наличии ОП, вызванного банальной микрофлорой. Во всех случаях использования устройство было установлено сразу после вскрытия гнойной полости (в качестве завершающего этапа операции, проводимой в экстренном порядке) на 2 суток с постоянным поддержанием давления на уровне 50 мм рт.ст. при обязательном использовании антибактериальной терапии.

Результаты исследования и их обсуждение

Во всех случаях использования постоянной вакуумной терапии в послеоперационном периоде при глубоких ОП наблюдали хороший клинический эффект процедуры. Приведем клинический пример использования данного устройства. Больная Б., 68 лет, переведена из ЦРБ Пензенской области, где ей накануне было выполнено вскрытие, санация ОП подкожной локализации слева. Учитывая сохраняющиеся специфические жалобы, гипертермию до гектических цифр, нарастающие явления интоксикации больная переведена в колопроктологическое отделение Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко. При поступлении во время осмотра выявлено истечение гноя из послеоперационной раны, находящейся на 4 часах по условному циферблату в 5 см от ануса (рис. 1). Заподозрен глубокий плохо дренируемый параректальный абсцесс.

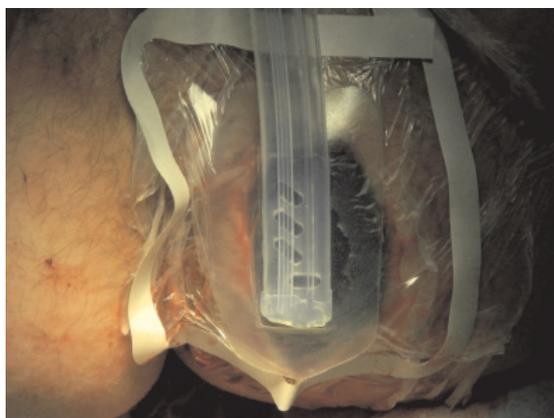
В экстренном порядке больная была оперирована, выполнено вскрытие острого ишиоректального парапроктита слева, санация гнойной полости. На завершающем этапе хирургического пособия послыно в образованную послеоперационную рану уложен специальный стерильный материал, напоминающий поролон – губка VivanoMed (рис. 2).



Рис. 1. Больная Б., 68 лет. Вид промежности при поступлении. Стрелкой указана рана перианальной области с истечением гноя



*Рис. 2. Больная Б., 68 лет.
Интраоперационный вид во время установки губки в послеоперационную рану*



*Рис. 3. Больная Б., 68 лет. Интраоперационный вид
во время установки порта VivanoTec на послеоперационную рану*

На периоперационную область была фиксирована клейкая непроницаемая прозрачная пленка (пленочная повязка Hydrofilm), создающая герметизм в ране. На пленку после выкраивания лоскута в ее центре был установлен порт, соединенный системой

трубок с контейнером для сбора раневого экссудата (рис. 3).

Используемый прибор VivanoTec переносной, оснащен ремнем (рис. 4), что позволяло пациенту в раннем послеоперационном свободно перемещаться в пределах палаты и отделения.



*Рис. 4. Больная Б., 68 лет. Окончательный вид пациентки
в палате отделения после установки прибора VivanoTec*

Устройство было установлено на 2 суток при поддержании постоянного давления на уровне 50 мм рт.ст. Спустя 2 суток, в день снятия аспирационного устройства при выполнении перевязки отмечено, что рана чистая, гнойного отделяемого нет (рис. 5).

3. В послеоперационном периоде у больных глубокими ОП, в том числе при наличии массивных и глубоких ран на фоне анаэробной инфекции, адекватным является применение систем для лечения ран отрицательным давлением.



Рис. 5. Больная Б., 68 лет. Вид послеоперационной раны после снятия устройства VivanoTec

Говорить о масштабных результатах, полученных при использовании данного устройства, не приходится, так как оно было использовано в небольшом количестве случаев. Но по нашим впечатлениям, использование вакуум-терапии наиболее обосновано в случае ОП с глубокой локализацией параректального абсцесса, а так же, вероятно, при ОП анаэробной этиологии при наличии массивных, глубоких ран мягких тканей.

Из общего количества больных ОП ($n = 489$) умерло 3 (0,6%) пациента. Во всех трех случаях смерть наступила на фоне интоксикации, полиорганной недостаточности после вскрытия, некрэктомии и дренирования флегмоны при наличии анаэробного ОП с массивной флегмоной тканей промежности, передней брюшной стенки и бедер. Все умершие больные были доставлены в поздние сроки после начала заболевания, в крайне тяжелом состоянии. Летальность в группе больных анаэробным ОП ($n = 23$) составила 13 %.

Выводы

1. Общая летальность среди больных острым парапроктитом ($n = 489$) составила 0,6 %.

2. Летальность среди больных острым анаэробным парапроктитом ($n = 23$) составила 13 %.

Список литературы

1. Абдуллаев М.Ш., Мансурова А.Б. Острый парапроктит у больных сахарным диабетом (обзор литературы) // Колопроктология. – 2012. – № 1 (39). – С. 46–51.
2. Демьянов А.В., Андреев А.А. Острый парапроктит. Обзор литературы // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Т. VI. – № 4. – С. 526–534.
3. Егоркин М.А. Современные подходы к лечению острого анаэробного парапроктита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2011. – № 3. – С. 74–79.
4. Канцалиев Л.Б., Каиров Г.Б., Теуов А.А. Тактика и результаты лечения острого парапроктита // Первый съезд хирургов Южного федерального округа. Материалы съезда. – Ростов-на-Дону, 2007. – С. 143–144.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с острым парапроктитом // Экспертная группа Общероссийской Общественной Организации «Ассоциация колопроктологов России». – М., 2013. – 13 с.
6. Корейба К.А. Современные препараты комплексного воздействия как альтернатива этапным некрэктомиям в гнойно-септической хирургии // Медицинский альманах. – 2013. – № 5 (29). – С. 168–171.
7. Кулыгин И.В., Власов А.П. Комплексная терапия острого парапроктита // Материалы III съезда хирургов юга России с международным участием. – Астрахань: Изд-во Астраханской государственной медицинской академии, 2013. – С. 245.
8. Чарышкин А.Л., Дементьев И.Н. Результаты лечения больных острым парапроктитом // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2013. – № 7. – С. 428–431.
9. Atik B., Tan O., Ceylan K. et al. Reconstruction of wide scrotal defects using superthin groin flap // Urology. – 2006. – Vol. 68. – P. 419–422.
10. Ayan F., Sunamak O., Paksoy S.M. Fournier's gangrene: a retrospective clinical study on forty-one patients // ANZ J. Surg. – 2005. – Vol. 75. – P. 1055–1058.

11. Van de Stadt J. Fistula in ano: the place of rectal advancement flap technique // *Acta. Chir. Belg.* – 2000. – Vol. 100(3). – P. 123–127.

References

1. Abdullaev M.Sh., Mansurova A.B. Ostryj paraprotit u bol'nyh saharnym diabetom (obzor literatury) // *Koloproktologija.* 2012. no. 1 (39) pp. 46–51.

2. Dem'janov A.V., Andreev A.A. Ostryj paraprotit. Obzor literatury // *Vestnik jeksperimental'noj i klinicheskoj hirurgii.* 2013. Tom VI. no. 4. pp. 526–534.

3. Egorkin M.A. Sovremennye podhody k lecheniju ostrogo anajerobnogo paraprotita // *Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii i koloproktologii.* 2011. no. 3. pp. 74–79.

4. Kanceliev L.B., Kairov G.B., Teuvov A.A. Taktika i rezul'taty lechenija ostrogo paraprotita // *Pervyj sezid hirurgov Juzhnogo federal'nogo okruga. Materialy sezida.* Rostov-na-Donu, 2007. pp. 143–144.

5. Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniju vzroslyh pacientov s ostrym paraprotitom. Jekspertnaja gruppa Obshherossijskoj Obshhestvennoj Organizacii «Associacija koloproktologov Rossii». Moskva, 2013. 13 p.

6. Korejba K.A. Sovremennye preparaty kompleksnogo vozdejstvija kak al'ternativa jetapnym nekrjekomijam v gnojno-septicheskoj hirurgii // *Medicinskij al'manah.* 2013. no. 5 (29). pp. 168–171.

7. Kulygin I.V., Vlasov A.P. Kompleksnaja terapija ostrogo paraprotita. Materialy III sezida hirurgov juga Rossii s mezhdunarodnym uchastiem. Astrahan': Izdatel'stvo Astrahanskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii, 2013. pp. 245.

8. Charyshkin A.L., Dement'ev I.N. Rezul'taty lechenija bol'nyh ostrym paraprotitom // *Izvestija vyssih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region. Medicinskie nauki.* 2013. no. 7. pp. 428–431.

9. Atik B., Tan O., Ceylan K. et al. Reconstruction of wide scrotal defects using superthin groin flap // *Urology.* 2006. Vol. 68. pp. 419–422.

10. Ayan F., Sunamak O., Paksoy S.M. Fournier's gangrene: a retrospective clilical study on forty-one patients // *ANZ J. Surg.* 2005. Vol. 75. pp. 1055–1058.

11. Van de Stadt J. Fistula in ano: the place of rectal advancement flap technique // *Acta. Chir. Belg.* 2000. Vol. 100(3). pp. 123–127.

Рецензенты:

Ивачев А.С., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургии, онкологии и эндоскопии, ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения РФ, г. Пенза;

Сиваконь С.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Травматология, ортопедия и военно-экстремальная медицина», Медицинский институт, ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет» Минобрнауки России, г. Пенза.

Работа поступила в редакцию 19.02.2015.